



**Facultad de
Ciencias de la Salud
Universidad Zaragoza**

D./D^a.

Profesor/a de la asignatura:

del Grado/Máster en _____, en la Facultad de Ciencias de la
Salud de la Universidad de Zaragoza.

HACE CONSTAR:

Que el/la alumno/a _____ desde las _____ a las _____ horas,
ha realizado el día _____ al examen de dicha asignatura.

Zaragoza, a _____